

EDUARDO SILVA FURTADO

**REFERÊNCIA PARA QUALIDADE DE VIDA E
HUMANIZAÇÃO NO TRATAMENTO DO
PACIENTE ONCOLÓGICO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
2001**

EDUARDO SILVA FURTADO

**REFERÊNCIA PARA QUALIDADE DE VIDA E
HUMANIZAÇÃO NO TRATAMENTO DO
PACIENTE ONCOLÓGICO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Marco Da Ros

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
2001**

Não basta apontar o erro
Mas de alguma maneira
Mostrar o que é certo.
Ajudar ao próximo
É ajudar sem pensar em si mesmo.

O Homem veio ao mundo
Não para ser perfeito
Mas para diminuir cada vez mais sua imperfeição.

Um passo ao infinito saber!
A luz que envolve o ser!
Este é o caminho!
Somente crer!

Eduardo Silva Furtado

Dedico este trabalho ao meu avô que,
enquanto vivo, me amou muito, sempre
transbordando alegria e disposição a mim
e às pessoas ao redor.

AGRADECIMENTOS

- Em primeiro lugar, a Deus, pois sem ele, não teria toda força, alegria e disposição para concluir este trabalho e o curso.
- À minha esposa, Gláucia, que, com sua sabedoria, teve paciência e me deu estímulo para continuar a fazer um trabalho completo e ser um bom médico.
- Aos meus pais, que me ensinaram garra e vontade de vencer para a vida e para concluir o curso.
- À minha avó, Auda, que, junto com meus pais, me ensinou a acreditar na vida e em vencer nela.
- Ao meu avô, falecido há poucos meses, foi para mim um exemplo de alegria, ao se relacionar com as pessoas.
- À minha tia Rute e tio Bill, que acreditaram em mim, com muita fé.
- Aos meus tios Rute, Paulo, Jair e Vera, que me incentivaram para o término do curso.
- Aos meus irmãos, Daniele e Ricardo, que sempre acreditaram nessa minha conquista.
- Ao Dr. Felisberto, por ter me introduzido no CEPON, para a realização deste trabalho, bem como pela sua paciência e generosidade em suas orientações.
- Ao Dr. Marco, meu orientador, pela boa receptividade e orientação na consecução deste trabalho.

ÍNDICE

LISTA DE QUADROS	8
INTRODUÇÃO.....	9
1.1- OBJETIVO GERAL	11
1.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.3- METODOLOGIA	12
LITERATURA.....	16
2.1- O QUE É O CÂNCER E SEUS CUIDADOS PALIATIVOS	16
2.2- QUALIDADE DE VIDA EM UM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EFETIVO.....	18
2.3- ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO PACIENTE COM CÂNCER.....	20
2.4- COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL E TERAPIA OCUPACIONAL DO PACIENTE ONCOLÓGICO .	23
3. DISCUSSÃO	34
4. CONCLUSÃO.....	51
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
6. RESUMO.....	58
7. SUMMARY	59
8. ANEXO.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Quadro Demonstrativo das Categorias, Subcategorias e Conjunto de Significados.....	35
Quadro II – Percepção dos Pacientes sobre Contexto que Vivenciam.....	36
Quadro III – Expectativas dos Pacientes sobre Contexto que Vivenciam	42
Quadro IV – Aspectos Psicossociais	44
Quadro V – Crescimento e Desenvolvimento	47
Quadro VI – Comunicação	48
Quadro VII – Interação	49
Quadro VIII – Transação	50

1. INTRODUÇÃO

Dizer que o câncer é uma doença com alta incidência, alta mortalidade é o óbvio. O que normalmente não se fala é sobre a qualidade de vida, aspectos psicossociais e fatores psicológicos que envolvem esta doença.

Segundo Moreira¹ (1994, p.150), “Hoje pode-se afirmar que o aparecimento do câncer bem como sua evolução são afetados pelas variáveis psicossociais, assim como sabe-se que fatores psicológicos influem no sistema imunológico, o qual, por sua vez, pode contribuir para o aparecimento e progressão da carcinogênese”.

Vanzin e Nery² (1997, p.32) afirmam que a necessidade de atender ao paciente de forma a dar também o apoio emocional, saber identificar qual a necessidade e quais as expectativas do paciente têm sido consideradas a essência de um tratamento de resultados positivos, principalmente quando o quadro clínico desse paciente for considerado não promissor, que é o caso do paciente oncológico.

O que o paciente oncológico quer do seu médico? O que ele pensa dos cuidados que lhe serão prestados? Qual a sua necessidade e expectativa nesse processo de saúde-doença e vida? O médico, ao estar atento a esses questionamentos, procura buscar, junto ao seu paciente, as respostas. Para Tigges³ (1988, p.838), “opções, escolhas e controles novos e/ou alterados para um aumento da independência e/ou interdependência no cuidado próprio, trabalho e atividades de lazer devem ser negociadas ou renegociadas de forma colaborativa, com o paciente e os membros da família”.

Silva⁴ (1994) refere que em uma assistência médica adequada, o próprio paciente deve ter a oportunidade de expressar suas expectativas em relação a essa assistência recebida, interagindo com sua doença e compreendendo o que está acontecendo. A partir disso, pode fazer parte desse processo o esclarecimento sobre os sinais de melhora, como também explicações autênticas sobre seu problema, podendo permitir com que ele se sinta importante e valorizado, podendo-lhe gerar esperança. Para isso, o autor apresenta algumas sugestões, como:

- “1. Estimule o paciente a ser ativo e, nos limites de sua condição, respeitadas as restrições médicas, fazer as coisas por si mesmo.
2. Comente os sinais de melhora; estímulos positivos são importantes.
3. Sempre que possível, despenda tempo com o paciente em atividades não relacionadas à doença.

Há, por fim, um último, mas fundamental, item da receita: a esperança. Não se pode, jamais, permitir que morra a esperança a um enfermo. E nesse particular, bem como de modo geral, o papel principal é antes do médico que das outras pessoas que zelem e cercam o doente”. (Silva, 1994, p.339)

A comunicação terapêutica é uma técnica que precisa ser aprendida e utilizada pelo médico, pois traz benefícios às pessoas e, segundo Stefanelli⁵ (1987, p.113), “[...] ajuda os pacientes a enfrentarem a tensão temporária, a conviver com outras pessoas, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios à auto realização”.

O estigma associado ao câncer é muito forte entre os profissionais e entre a sociedade em geral, podendo incluir a família. O câncer para muitos é sinônimo de morte. Há que se desmistificar o câncer, pois é possível fazer muito pelo paciente oncológico. “Do mesmo modo que entender a morte, é necessário

entender o que é morrer, pois todos nós o vivenciamos, sem termos consciência disto”. (Oliveira⁶, 1992, p. 63)

É em função desse atendimento do paciente canceroso e da necessidade de humanização desse tratamento e, ainda, por conhecer que o câncer é uma doença com grande incidência e morte, pois, de acordo com o Ministério da Saúde⁷ (1998, p.73), no Brasil o câncer ocupa o segundo lugar como causa de morte por doença, o autor decidiu desenvolver este trabalho.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi concebido para ser desenvolvido em uma instituição de saúde no Estado de Santa Catarina: CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas). Esta instituição possui uma área para atendimento ambulatorial de pacientes oncológicos e outra para internação. Na unidade hospitalar, setor no qual foi desenvolvido este trabalho, são atendidos enfermos caracterizados como “fora de possibilidades terapêuticas”, portanto, que possuem um diagnóstico de câncer confirmado. Esta unidade conta com médicos, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistente social, bioquímico, nutricionista e fonoaudiólogo.

É um centro de referência para toda Santa Catarina e outros estados, sendo reconhecido na América Latina no que tange ao tratamento do câncer, uma vez que existem poucos centros com um acompanhamento do cliente oncológico como é desenvolvido no CEPON, pois os hospitais, por serem gerais, têm que distribuir suas ações nas diversas áreas e especialidades.

1.1- OBJETIVO GERAL

Investigar e sistematizar as expectativas, necessidades e valores do paciente oncológico, tendo como referência principal Kent Nelson Tigges; e

refletir sobre aspectos da humanização do tratamento, tendo como referência o modelo conceitual de M. Imogene King.

1.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar entrevistas com pacientes oncológicos do CEPON;
- Colaborar (com os resultados deste trabalho) para a qualidade de vida do paciente oncológico;
- Colaborar para construir melhores condições de uma assistência profissional adequada.

1.3- METODOLOGIA

Esta proposta estruturou-se como um processo qualitativo de investigação, buscando, principalmente, a descrição dos dados que emergiram das falas dos entrevistados (análise de discurso), e também uma análise na perspectiva da qualidade de vida e humanização do atendimento, sustentada pelas expectativas, necessidades e valores do paciente, assim como a terapia ocupacional, método valioso e largamente usado para a solução de vários problemas. Não se buscou tanto a explicação para os dados, mas sim a sua exploração para evidenciar a necessidade, dos médicos e outros profissionais da saúde envolvidos, em compreender o processo de qualidade de vida do paciente, para que possam humanizar o tratamento oncológico.

Para realizar este trabalho, o Dr. Felisberto Andreas Bub – um dos médicos do CEPON -, encaminhou uma proposta aos departamentos dessa Instituição, expondo os objetivos desta pesquisa. Após autorização, deu-se início ao conhecimento dos profissionais de enfermagem do setor; alguns médicos

forneeceram orientações a respeito do hospital e indicaram quais os pacientes que poderiam ser selecionados. O paciente incluso na escolha recebeu informações sobre toda a proposta e lhe foi dada a decisão de participar ou não como componente da amostra.

Realizou-se um total de 14 entrevistas com pacientes oncológicos do CEPON. Esse número foi, primeiramente, pensado como uma maneira de obter uma representação ideal de dados em um trabalho qualitativo e não quantitativo. Além disso, essa análise mostrou-se de importância fundamental para a experiência sobre o doente e a conquista da sua saúde, com base nos trabalhos de M. Imogene King e Kent Nelson Tigges.

Alguns critérios para a escolha dos pacientes foram definidos:

- pacientes com câncer em estágio de acompanhamento clínico ou paliativo;
- pacientes lúcidos e orientados para viabilizar o processo de comunicação e interação.

Definindo-se os objetivos propostos, designou-se, a partir disto, uma investigação. Esta, a princípio, versava sobre depressão (sintoma emocional associado ao câncer). Porém, no decorrer das entrevistas, concluiu-se que a investigação deveria ser, pelos dados apresentados, sobre a importância da qualidade de vida e humanização do atendimento dos pacientes oncológicos, podendo-se, então, evidenciar a possibilidade das duas teorias: de M. Imogene King, na consecução de metas e alcance de objetivos e Kent Nelson Tigges na terapia ocupacional.

A coleta de dados foi realizada de várias formas: pelas características pessoais ligadas à doença, diretamente do prontuário; pelas informações através dos profissionais de saúde, e junto ao próprio enfermo, familiares e amigos.

A respeito de qualidade de vida e humanização do atendimento, o veículo básico de coleta de dados aplicados (Anexo1) continha, em questionário,

as perguntas cujas respostas foram gravadas em fitas cassetes, levando-se em conta as restrições ligadas à situação ou terapêutica próprias do entrevistado, que posteriormente foram transcritas.

As informações obtidas na coleta de dados, através das entrevistas, foram agrupadas em registros similares dos quais se produziram conjuntos de significados e onde se procurou evidenciar os resultados expressivos, em relação às expectativas de vida, saúde-doença e equipe de saúde.

A análise desses dados foi estruturada como interpretação qualitativa pela associação e contradição em relação à literatura revisada.

Após realizadas as entrevistas com cada paciente selecionado, deu-se início à fase de transcrição das fitas, paralelamente à revisão da literatura. Das 14 entrevistas, 10 foram selecionadas.

Através da revisão da literatura, foi possível interpretar melhor os dados obtidos nas entrevistas e, a partir de então, deu-se a sua caracterização.

Para confirmar o sigilo, a descrição dos participantes e identificar o conteúdo de forma prática e objetiva, utilizou-se um método de nomear cada entrevista, numerando-as de 1 a 10 anamnese (A), identificando as idades dos entrevistados e numerando-se todos os dados obtidos nas entrevistas. Pode-se exemplificar este método como A₁ 20 D₄, que é a anamnese 1 (A₁), entrevistado com 20 anos de idade, e o número do seu dado.

Procurou-se codificar cada entrevista, seus registros, e a partir daí os dados foram organizados e distribuídos por conceitos, denominados CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS e CONJUNTO DE SIGNIFICADOS.

Estas categorias são uma forma que M. Imogene King e Kent Nelson Tigges conceberam ou decodificaram para o entendimento que os seus pacientes têm a respeito de qualidade de vida e sobre a humanização do tratamento oncológico.

As categorias são retiradas dos conceitos de M. Imogene King (percepção, expectativa, ambiente/sociedade, crescimento e desenvolvimento, comunicação, interação e transação), e as de Kent Nelson Tigges são sobre o modelo de comportamento ocupacional, cujas definições encontram-se no capítulo sobre Literatura, na página 16.

As subcategorias emergiram dos dados obtidos nas entrevistas, num total de 11 subcategorias.

Os conjuntos de significados surgiram através da aproximação dos dados similares, num total de 34.

As categorias, subcategorias e os conjuntos de significados podem ser apreciados no Quadro I, na página 35.

Das 10 entrevistas, obteve-se um total de 84 dados, apresentados e analisados no decorrer do trabalho.

2. LITERATURA

2.1- O QUE É O CÂNCER E SEUS CUIDADOS PALIATIVOS

O câncer, segundo o Ministério da Saúde⁸ (1997, p. 9), caracteriza-se por alterações que provocam um crescimento celular desordenado não controlado pelo organismo, comprometendo, dessa forma, tecidos e órgãos. É assim descrito como uma das mais antigas enfermidades, pois põe em risco imediato a vida do ser humano, ameaça não somente à sua integridade psicocorpórea, como também à sua qualidade de vida.

De acordo com Rodrigues⁹ (1982, p. 1), “[...] o câncer é mencionado em papiros, descobertos em 1872, por Ebers, com uma antigüidade superior a 1500 anos antes de Jesus Cristo.”

Para Leite¹⁰ (1996, p. 9), “[...] o câncer é a transformação que as células sofrem, passando a apresentar alterações cromossômicas, distúrbios na capacidade de diferenciação no controle do ciclo celular e no crescimento dos tecidos”.

Moore citado por Wood¹¹ (1996, p.203), interpreta esta doença como uma transformação das células normais em células malignas. Ou seja, ocorre quase sempre uma evolução em múltiplos estágios de alterações genéticas e epidêmicas que acontecem em células que escapam ao controle do crescimento normal do hospedeiro.

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde¹² (1995), a determinação do câncer é direta ou indiretamente dependente de fatores extrínsecos relacionados ao ambiente, em particular, às atividades anteriormente realizadas pelos doentes,

à dieta, ao estresse e aos hábitos de vida, sendo os fatores pessoais e os fatores genéticos também considerados como determinantes.

Sabe-se que hoje existe uma valiosa gama de terapêuticas, relativas ao tumor, em auxílio ao paciente oncológico, como por exemplo, a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, que implementam a cura ou a diminuição dos sinais e sintomas da doença.

O paciente oncológico pode contar atualmente com uma assistência ambulatorial e hospitalar especializada, com tecnologia de ponta e de altos custos. Infelizmente, quando o paciente chega a esses serviços, além de possuir a doença, esta já se encontra em estado avançado.

Para o efetivo tratamento do paciente oncológico, há que se considerar diversos aspectos, ou seja, o psicológico, o social, o cultural, o espiritual, o econômico, bem como o tratamento específico para neoplasia.

De acordo com Marcelino¹³ (1997, p.10-11), o cuidado paliativo

consiste na atenção ativa, integral e individual dos pacientes com doenças fora de possibilidades terapêuticas de cura (...) tem como objetivo reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; não utilizar medidas que prolonguem o sofrimento ou encurtar a vida; controlar a dor e outros sintomas; apoiar medidas que ajudem aos pacientes levar uma vida, o mais ativo possível, até a chegada da morte; oferecer apoio à família para que possam enfrentar a enfermidade e o processo de morte dos seus membros.

Segundo a Organização Panamericana de la Salud¹⁴ (1988), os cuidados paliativos se definem como a atenção ativa total àquelas pessoas com enfermidades avançadas que não respondem ao tratamento curativo, no qual, o controle de sintomas e, em particular, da dor constituem a base de seu manejo.

Para o Ministério da Saúde (1995, p. 140), “[...] um paciente para o qual já foram esgotados todos os recursos do tratamento especializado é considerado

fora das possibilidades terapêuticas atuais (FPTA). Porém, esse paciente pode ainda representar possibilidade de uma sobrevida útil e manutenção da doença sobre controle durante um espaço de tempo significativo”.

2.2- QUALIDADE DE VIDA EM UM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EFETIVO

Segundo Moreira (1994, p.149), “[...] muitos profissionais médicos (além de já constituir senso comum) acreditam que fatores psicológicos possam representar importante papel patogênico na eclosão da doença cancerosa”.

Para Barón¹⁵ (1996, p.3), “[...] na oncologia clínica se procura objetivos bem precisos: curar o paciente, aumentar sua sobrevida e dilatar os intervalos de enfermidades e sempre melhorar sua qualidade de vida e aliviar os sintomas”.

Conforme Carvalho¹⁶ (1994, p.239), o “[...] cuidar está fundamentado num sistema de valores humanísticos universais, tais como: a amabilidade, o respeito, o afeto por si e pelos outros. Este sistema de valores humanísticos envolve a capacidade de gostar das pessoas e apreciar a diversidade e a indivisibilidade”.

Para a assistência ao paciente oncológico, convém considerar vários aspectos, ou seja, o psicológico, social, cultural, espiritual e econômico, bem como o tratamento para a neoplasia.

No entender de Mc Millan¹⁷ (1994), qualidade de vida é um elemento essencial para a existência humana, referindo-se à composição de vários aspectos da vida e funcionamento humano que são considerados fundamentais para vida.

Dessa forma, qualidade de vida pode ser entendida como essencial ao doente oncológico, uma vez que o câncer leva a uma série de alterações na vida,

não só do enfermo, mas também de seus familiares e amigos. E é preciso pensar quais as condições de vida que tem esse doente, para que se possa ajudá-lo.

De acordo com Vanzin e Nery (1997, p.31), “[...] o cliente é integrante de três grupos: família, coletividade e equipe de saúde. Todos têm seu papel no desenvolvimento do plano de cuidados, dentro de uma filosofia que vê o doente como um todo: pessoa ou cidadão, com seus atributos e direitos.”

Para Tigges (1988, p.835), como acontece na avaliação da dor, a avaliação da qualidade de vida deve ser feita com a cooperação de toda a equipe.

Segundo Nascimento-Schulze¹⁸ (1997, p.45), a obtenção de estratégias e enfrentamentos mais adequados é um dos aspectos do processo que contribuem melhor para a qualidade de vida de todos os envolvidos, dos pacientes aos familiares.

Conforme Vanzin e Nery (1997, p.32), “[...] é da competência do médico o ajuste da dosagem dos medicamentos no alívio da dor e de outros sintomas, bem como o apoio emocional aos clientes e à família com explicações sobre a doença e o tratamento, orientando-os para um melhor aproveitamento com a melhoria da qualidade de vida”.

De acordo com Tigges (1988, p.830), “[...] não ser capaz de continuar a vida como uma pessoa capaz, produtiva, valorizada e respeitada pode e causa uma imensa deterioração na percepção e realização na qualidade de vida e, desta forma, na sua auto-estima. Isto é talvez a ofensa mais prejudicial para a integridade pessoal de um indivíduo”.

Tigges (1988) afirma, ainda, que, “[...] quando a última ‘ofensa para ferida’ vem – o prognóstico de menos do que 6 meses de vida é aprendido – os médicos não deveriam surpreender-se com a reação dos seus pacientes, expressando sentimentos de incapacidade, de falta de esperança ou de

inutilidade, não importando quais tenham sido suas reações saudáveis nas situações do dia-a-dia, antes de se tornarem doentes”.

Kleinman¹⁹ (1985) considera que o conceito de qualidade de vida deve levar em conta um componente subjetivo, enfatizando o aspecto de percepção pessoal da doença. A percepção do paciente, como ele se sente, funciona e aparenta, talvez seja até mais importante em certas circunstâncias, do que a realidade propriamente dita.

2.3- ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO PACIENTE COM CÂNCER

Conforme Vanzin e Nery (1997), o câncer é um problema social que mexe com o doente, a família e a comunidade, pelas suas características de difícil detecção precoce na maioria das localizações no organismo humano. Mas, a promoção da saúde, com base na remodelagem da atitude, no estilo de vida, dá novas esperanças aos pacientes na prevenção desta enfermidade terrível.

Para Moreira (1994, p. 149), “[...] o aparecimento do câncer, bem como sua evolução, são afetados pelas variáveis psicossociais”. Continuando, Moreira observa que os estados afetivos, particularmente a depressão, têm sido uma ativa área de estudo. Afirma, também, o autor, que um grande estudo epidemiológico de 2.200 empregados da Westan Eletric demonstrou que os sintomas depressivos observados pelo *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) estavam associados a riscos duas vezes mais altos de câncer nos primeiros 10 anos de pesquisa.

Ramirez et al.²⁰ (1989) evidenciam a associação entre eventos existenciais estressantes e as primeiras recorrências de câncer de tórax já operados. Outros estudos elucidam a melhora da qualidade de vida de pacientes

com câncer que participaram de terapia de grupo, havendo, inclusive, melhora quanto ao humor, vigor pessoal, diminuição da dor e melhor ajustamento social.

Spiegel et al.²¹ (1989) acompanharam um grupo de pacientes com câncer metastático de tórax, recebendo tratamento psicossocial durante um ano, que consistia em psicoterapia de apoio semanal e treinamento, em auto-hipnose, para controle da dor. Observaram que, ao final de um ano, esses pacientes apresentaram menos distúrbio de humor, menos respostas fóbicas, muito menos queixas de dor e também maior longevidade nestas amostras estudadas.

Le Shan²² (1992) constatou que os pacientes com câncer, freqüentemente, tiveram uma juventude marcada por sentimentos de isolamento, desespero e negligência e com relações interpessoais difíceis.

Nascimento-Schulze (1997, p.196) afirma que “[...] alguns estudos identificaram fatores de risco psicossocial para o surgimento do câncer, entre os quais: estresse, traços de personalidade e hábitos pessoais”.

Assim, se o indivíduo corrige traços de sua personalidade, de forma que possa interagir melhor com sua doença, tornar-se-á mais ativo e potente para lidar com seu mundo interior e, a partir daí, mais participante de seus progressos do dia-a-dia, entre eles, tomar efetivamente parte na busca de sua saúde.

Simonton²³ (1987) refere-se a etapas psicológicas, quando o paciente procede a um redirecionamento de sua vida:

- 1º) a pessoa estabelece uma nova relação com o mundo;
- 2º) a pessoa toma a decisão de mudar o seu comportamento, de ser uma pessoa diferente;
- 3º) os processos físicos do corpo reagem aos sentimentos de esperança e há um renovado desejo de vida;

4º) emocionalmente estará mais amadurecida, de forma que possa sofrer menos com os embates da vida.

É importante o indivíduo desmistificar o fato do câncer ser uma condenação à morte, já que, segundo Lopes e Nunes²⁴ (1995), para o indivíduo, o câncer é ameaçador, representando um triplice perigo: de dor física, de mutilação e de morte.

Kubler – Ross²⁵ (1970) sugerem que o paciente oncológico pode passar por vários estágios emocionais, em virtude das mudanças de vida ocasionadas pelo câncer, como: negação, ira, barganha, depressão e aceitação, que não necessariamente acontecem nesta ordem. Sendo que esse é o momento da intervenção da equipe interdisciplinar que tem como desafio oferecer outras emoções, como: o amor, o alívio, a serenidade, a alegria.

Segundo Gimenes²⁶ (1997), o portador de doença grave e incapacidade precisa redefinir seus valores e compromissos, para poder lidar afetivamente com o seu dia-a-dia e assim enfrentar melhor a situação, minimizando o dano ou a perda.

Não há dúvida de que há uma mudança psicossocial na vida do indivíduo, em virtude do câncer; mas, para que ele tenha uma qualidade de vida satisfatória, é necessário que seu interior e vida social estejam adaptados positivamente. Caso contrário, irá preponderar emoções destrutivas nas situações do dia-a-dia, podendo isso encurtar sua vida.

Gimenes (1997) relata que o enfrentamento da doença, como uma resposta psicossocial da pessoa, leva a um nível satisfatório de qualidade de vida, ou seja, permite-lhe um bom funcionamento psicológico, reassumir na comunidade atividades que exercia antes e uma redução do estresse psicológico.

2.4- COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL E TERAPIA OCUPACIONAL DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Heras (1975), apud Silva²⁷ (1999, p.116), afirma que: “[...] a comunicação contribui diretamente para a propagação de conhecimento e, por conseguinte, para a formação dos indivíduos, sendo, portanto, vista como um dos processos vitais do ser humano e uma conquista enquanto direito individual desse homem em emitir, expressar e receber informações e até de não comunicar-se”.

O homem tem, em sua natureza, a disposição espontânea de ser um ser social; conseqüentemente, relacionar-se no mundo, sendo a comunicação a base para a estruturação de todo e qualquer relacionamento.

Menezes, in Mendes et al.²⁸ (1987, p.208), diz que “[...] comunicação é o sistema básico da experiência social. Ela é fundamental no desenvolvimento da personalidade humana, emergência da vida grupal, e no surgimento e elaboração da cultura”.

O’Brien, in Mendes et al. (1987, p.215), ressalta comunicação como sendo “[...] um processo pelo qual um indivíduo partilha alguma coisa de si mesmo: - suas idéias, opiniões, valores, objetivos e sentimentos com outros. Este processo ajuda a torná-lo mais humano, mais social, e mais em contato com a realidade”.

Na comunicação interpessoal, é importante quando o médico se dispõe aberto para receber do paciente conhecimento, valores e informações, havendo uma interação mútua, em que o paciente compartilha algo de si e o médico de alguma forma dá uma resposta apropriada do momento.

Para King, in Mendes et al. (1987, p.216), “[...] comunicação é um processo pelo qual a informação é dada de uma pessoa para outra, tanto

diretamente nos encontros face a face, como indiretamente, através de sinais verbais e não verbais e símbolos pelos quais os indivíduos expressam seus objetivos. A comunicação é o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos. A interação social, a aprendizagem e a transação são atingidas através da comunicação”.

De acordo com Maser, in Moriya et al.²⁹ (1993, p.103), etimologicamente, a palavra “comunicar” deriva do latim, significando “pôr em comum, partilhar, trocar opiniões, conferenciar”. Hoje, o mais comum é empregá-la para aferir a relação entre as pessoas.

A comunicação é uma grande arma do médico, que, intensificando sua relação, pode assisti-lo, tratar melhor o paciente. Com esta relação fundamental, o médico sai do tecnicismo apenas, e entra num contexto maior, de mais resultados em um processo interpessoal, de tal maneira que essa relação pessoa/pessoa elucidará facilmente o reconhecimento das necessidades do paciente.

Decidiu-se utilizar o modelo conceitual de Imogene King como um dos referenciais nesse trabalho, pois encontrou-se nessa teoria bases sólidas que podem construir a estrutura de uma medicina humanizada, em que o médico aprende a tratar, principalmente a comunicar-se melhor o paciente, podendo realmente dar uma melhor qualidade de vida a ele.

A teoria de King é a consecução de metas (ou alcance de objetivos). Os conceitos que formam essa teoria estão em sistemas interativos ou abertos, que são: pessoal, interpessoal e social. Nesses sistemas têm: percepção, *self*, crescimento e desenvolvimento, interação, comunicação, transação, papel, estresse e tomada de decisão. Essa teoria sugere, indiretamente, que ocorra interação entre os sistemas e o ambiente.

King³⁰ (1981, p.143) faz algumas afirmações, transcritas a seguir, importantes no cuidado do paciente oncológico:

- “Os indivíduos são seres sociais, pensantes, racionais, que reagem, que percebem, que controlam, que têm propósitos, orientados para ação e orientados no tempo”.
- “Os indivíduos têm o direito de participar nas decisões que influenciam sua vida, sua saúde e serviços comunitários”.
- “Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de compartilhar informações que ajudam os indivíduos a tomar decisões com base na informação sobre seu cuidado à saúde”.
- “Os indivíduos têm o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado à saúde”.
- “Os objetivos dos profissionais de saúde e os objetivos dos receptores do cuidado à saúde podem ser incongruentes”.

Ser humano, para King (1981, p.19), é “[...] ser social, racional, consciente e sensível, reagindo conforme suas percepções, expectativas, necessidades e valores”.

O conceito de King fala a respeito das expectativas, necessidades e valores que são inerentes a todo indivíduo e são fatos indiscutíveis nas relações humanas. O paciente oncológico é o ser humano principal nesse estudo, mas não se pode deixar de lado seus familiares, amigos e a equipe de saúde que o assistem.

Saúde, para King (1981, p.5), são “[...] experiências dinâmicas de vida dos seres humanos, que implicam no ajustamento dos estressores no ambiente interno e externo através da ótima utilização dos recursos individuais para atingir o potencial máximo para a sobrevivência”.

A palavra ajustamento, utilizada por King, refere-se, favoravelmente, ao controle da situação, no sentido de, dinamicamente, se buscar uma melhor qualidade de vida.

O paciente oncológico não está preocupado em tese com sua doença, mas sim com os sintomas provocados, inclusive pela terapêutica, que pode ser muito agressiva, levando o paciente a entristecer-se com sua auto-imagem, fazendo pensar qual será seu papel na família e na sociedade.

Doença, define King (1981, p.5), é “[...] um desvio do normal, ou seja, uma perda do balanço na estrutura biológica ou psicológica da pessoa, ou um conflito nas relações sociais da pessoa”.

Para o paciente oncológico, a doença, inicialmente, pode ser vista como um passo importante para a morte, podendo passar por vários sentimentos e emoções positivas e negativas, de acordo com o paciente.

Ambiente/Sociedade, segundo Radunz³¹ (1994, p.15), interpretando King,

é o contexto interno e externo no qual o ser humano vive, interage, cresce e se desenvolve, desempenhando nele os seus papéis. Do contexto fazem parte os seres humanos, com suas respectivas crenças, valores, culturas, outros seres, objetos, etc., com os quais nos relacionamos e/ou interagimos. Sistemas abertos, como é o caso dos sistemas pessoal, interpessoal e social da teoria ao alcance dos objetivos de King, sugerem indiretamente que ocorra interação entre os sistemas e ambiente.

Cabe ao médico e profissionais da saúde, seja no ambulatório ou no hospital, criar condições favoráveis em que o paciente oncológico se sinta bem, seguro, o que evitará não somente desistência do tratamento como facilitará o mesmo.

Utiliza-se alguns dos conceitos de King na pesquisa, tais como: percepção, *self*, crescimento e desenvolvimento, interação, comunicação, transação, papel, estresse e tomada de decisão.

Percepção, conforme King (1981, p.24), “[...] é um processo de organização, interpretação e transformação de informações a partir de dados dos sentidos e da memória, sendo a representação que cada ser humano tem da realidade”.

Self (Eu, Ego), de acordo com King (1981, p.26-28), é “[...] a compreensão do comportamento do ser humano, porque o ‘self’ é a maneira como me defino por mim mesmo e para os outros. Só assim é possível, a partir do conhecimento de si próprio. O ‘self’ é tudo o que sou. Eu sou uma totalidade. O ‘self’ é o que eu penso de mim e o que eu sou capaz de ser e fazer. O ‘self’ é subjetivo, ou seja, é o que eu penso que deveria ser ou gostaria de ser”.

Crescimento e desenvolvimento foram descritos por King (1981, p.31) como “[...]uma função da bagagem genética, por experiências significativas e satisfatórias e de um ambiente propício a ajudar os indivíduos a atingirem a maturidade. São processos que ocorrem na vida dos indivíduos que os ajudam a deslocarem a capacidade potencial de realização para a auto-realização”.

Interação foi retratada por King (1981, p.60) “[...] como um processo de percepção e comunicação entre dois ou mais indivíduos e representa comportamentos verbais e não verbais que são atingidos para a transação ou o alcance de objetivos”.

Comunicação, para King (1981, p.62), significa “[...] um processo pelo qual a informação é dada de uma pessoa para outra, tanto diretamente, nos encontros face a face, como indiretamente, através de sinais verbais e símbolos pelos quais os indivíduos expressam seus objetivos”.

Transação, conforme King (1981, p.82), “[...] é um processo de interação pelo qual seres humanos comunicam-se com o meio ambiente, buscando alcançar objetivos que são valorizados por ambos. Transação são comportamentos humanos voltados para os objetivos”.

Tomada de decisão, definida por King (1981, p.132), “[...] é um processo dinâmico, contínuo e sistemático, pelo qual indivíduos ou grupos, dentre alternativas, fazem e praticam uma escolha para responder a uma questão e alcançar um objetivo”.

Estresse foi definida por King (1981, p. 95-102) “[...] como um estado dinâmico do organismo pelo qual o ser humano, interagindo com o ambiente, procura manter o ‘balanço’ visando alcançar o crescimento, desenvolvimento e desempenho. É uma resposta energética de um indivíduo para pessoas, objetos e eventos chamados estressantes. O estresse pode ser negativo ou positivo, construtivo ou destrutivo. Manifesta-se na forma fisiológica, psicológica e social”.

Terapia Ocupacional, mencionada por Tigges (1988, p.830), possui profissionais leigos, ou médicos e outros profissionais da saúde, que têm noção de arte, trabalhos manuais, jogos e coisas do gênero, como também têm noção de relacionamentos, vida familiar e com tudo isso ajudam o paciente na busca de felicidade e satisfação, contribuindo para uma qualidade de vida do enfermo.

Decidiu-se, também, utilizar o modelo de Tigges como um dos referenciais nesse trabalho, pois se encontrou, nesse modelo, subsídios que também formarão bases sólidas para compreender melhor o paciente em seu mundo interior e seu mundo exterior, dessa maneira, tendo habilidades para dar uma melhor qualidade de vida ao paciente oncológico.

A teoria de Tigges é a Terapia Ocupacional, que basicamente envolve o modelo de comportamento ocupacional, fazendo parte três básicas suposições e

sete conceitos fundamentais que refletem o comportamento dos adultos. São eles:

- Conceitos: motivação e local de controle, adaptação temporal – papéis ocupacionais (auto-cuidado, trabalho, lazer), competência, realizações, auto-estima, qualidade de vida.
- Suposições: necessidades são uma parte indispensável da natureza humana e exigem satisfação de forma imperativa. O homem tem uma necessidade de dominar o meio ambiente, alterá-lo ou melhorá-lo. Existe um relacionamento entre os níveis de aspiração ou expectativa, estabelecido na socialização anterior e padrões atuais ou sucesso ou fracasso.

Também envolve passos, quando o terapeuta vai avaliar o paciente enfermo, que são: história da ocupação; auto-estima; sistemas físicos; lugar de controle; qualidade de vida.

Para avaliar tudo isso, e obter registros, requer do terapeuta habilidades clínicas, compreendendo as necessidades reais, pessoais, médicas e de reabilitação de cada paciente.

Utilizou-se esse modelo de terapia ocupacional na pesquisa, como reflexão e base teórica para análise dos dados ou registros que se obteve das entrevistas.

Os conceitos de Tigges (1988), localizados nas páginas 832 a 839, aplicáveis para esse trabalho, são:

- História da Ocupação: “Seguindo a entrevista formal, pede-se ao paciente que descreva suas habilidades funcionais e/ou suas faltas de habilidades, seu desempenho nas atividades em relação ao seu próprio cuidado, porque as atividades de auto-cuidado são habilidades pré-requisitos para trabalho e lazer.

O terapeuta então faz a avaliação da habilidade funcional (ambulante), porque o movimento é a habilidade pré-requisito para que o paciente cuide de si mesmo”.

- Auto-estima: “É o componente que avalia o auto-conceito. Auto-conceito pode ser dito como sendo ‘a percepção de quem eu sou – meu valor real ou relativo e valor na vida’. Isto é alcançado pela observação de comportamentos e exame de prováveis causas”.

- Sistemas Físicos: “Os sistemas físicos específicos a serem avaliados, dependendo inteiramente do diagnóstico individual do paciente, desenvolvimento da doença e prognóstico. A natureza e objetivo das avaliações, anteriormente comentadas, são determinados pela falta individual de habilidade do paciente e/ou disfunção nos papéis de ocupação – que são auto-cuidado, trabalho e lazer e/ou recreação. O exame físico de cada paciente começa com um teste de músculos e varia de uma avaliação de movimentos das extremidades inferiores, do tronco; extremidades superiores, cabeça e pescoço. Esta avaliação é seguida por uma avaliação da dor”.

- Lugar de Controle: “Esta avaliação é uma entrevista padrão que fornece um discernimento na eficácia da pessoa nas situações do dia-a-dia”.

- Qualidade de Vida: “Nenhum outro conceito tem sido tão ardentemente defendido com um único propósito de cuidar de pessoas com doenças terminais. Os profissionais da saúde e membros da família devem ter preocupação em não impor valores profissionais ou pessoais nos indivíduos com doença terminal. Para alguns, uma vida mais ativa e mais ocupada pode ser altamente desejável.

Para outros, retirar-se e não ter compromissos e ocupações pode ser exatamente o que querem. Em última análise, é a última escolha do paciente. Sua escolha pessoal deve ser respeitada e valorizada”.

- No Processo Avaliativo relata: “Todos os pacientes, independente de sua idade, doença, incapacidade ou qualquer outra circunstância, devem ser considerados primeiramente como uma pessoa; e o enfermo, o doente, ou incapacitado, em segundo lugar”.

- Planejamento do Tratamento: “A primeira ordem para o terapeuta ocupacional é levantar/aumentar o nível de função do paciente e assistir às pessoas que prestam cuidados ao doente na sua tarefa de aumentar o nível de independência do paciente, conseqüentemente, retornando ao paciente, e às pessoas que dele cuidam, com uma visão de ordem, estrutura, controle e objetivo”.

- Desenvolvendo e Priorizando Objetivos: “Tendo mapeado e estabelecido as posições de vida do paciente em seu passado e presente (em relação aos papéis ocupacionais, lugares de controle, auto-estima e capacidades físicas), o terapeuta ocupacional deve afirmar claramente e realisticamente suas previsões do que ele pensa que o paciente é capaz de alcançar; por exemplo ‘com a força que você tem em suas pernas e braços, e com a ajuda de uma bengala, eu acredito que você seria capaz de caminhar em volta, necessitando muito pouca ajuda”.

- Obtendo a Concordância da Família e dos que cuidam do Paciente: “Muitos Programas de Cuidados Paliativos têm Programas de Cuidados em Casa, porque muitos pacientes expressam o desejo de estarem em casa ao invés de estarem numa enfermaria hospitalar. Seja onde estiverem os pacientes, as pessoas que

cuidam deles freqüentemente expressam sentimentos de ansiedade e apreensão sobre cuidados físicos pelos membros da família”.

- Desenvolvendo o Plano de Tratamento: “Princípio: opções, escolhas e controles novos e/ou alterados para um aumento da independência e/ou interdependência no cuidado próprio, trabalho e atividades de lazer devem ser negociados ou renegociados de forma colaborativa com o paciente e os membros da família”.

- Interrupção da Terapia: tendo as seguintes razões:

1. paciente e as pessoas que dele cuidam atingiram seus objetivos e são capazes de superar os desafios do dia-a-dia sem adicionais intervenções;
2. paciente e/ou as pessoas que cuidam dele requerem interrupção devido a dificuldades ou problemas interpessoais;
3. paciente, fisicamente ou mentalmente, se deteriora ao ponto de que a intervenção é inadequada”.

- Medindo o Sucesso: Critérios para o Sucesso:

1. As habilidades funcionais dos pacientes foram aumentadas e direcionadas para a competência e a realização dos seus papéis ocupacionais;
2. A família e os que cuidam deles receberam instruções e orientações para fornecer a assistência e apoio necessários para os pacientes;
3. Os pacientes tiveram a oportunidade de estabelecer e realizar seus objetivos;
4. Os pacientes viveram bem, livres de dor e sintomas e apesar de que a vida não foi tão longa quanto eles esperavam que fosse, ela foi completada com um sentido de força, propósito e dignidade, a qual não teria sido possível sem

as habilidades e a perícia de cada um dos membros da equipe de cuidados paliativos.

Nos olhos de cada um havia esperança sem um futuro, um futuro sem tempo”.

3. DISCUSSÃO

Foi aplicado um questionário, (conforme Anexo 1), para cada paciente entrevistado.

Para a aplicação do questionário, o mesmo sempre foi precedido de uma explicação preliminar ao paciente de como este se desenvolveria.

Foi também utilizado o gravador para as entrevistas, num total de 14 pacientes entrevistados, selecionando-se apenas 10.

As informações colhidas nas entrevistas constituíram-se em 84 dados distintos.

Pensando em facilitar a visualização desses dados, apresenta-se, primeiramente, o Quadro I, na página 35, com as relações entre as Categorias, Subcategorias e Conjuntos de Significados, retiradas dos autores King e Tigges, para em seguida esse quadro ser desmembrado em vários quadros menores, do Quadro II ao Quadro VIII, para uma melhor compreensão dos objetivos propostos.

Quadro I – Quadro Demonstrativo das Categorias, Subcategorias e Conjunto de Significados, de King e Tigges, na Perspectiva da Qualidade de Vida e Humanização do Atendimento

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CONJUNTO DE SIGNIFICADOS
1. PERCEPÇÕES	1.1- SAÚDE	1.1.1- Consideração de Recursos Individuais 1.1.2- Senso de Bem-Estar
	1.2- DOENÇA	1.2.1- Avaliação da Doença e Tratamento 1.2.2- Avaliação da Dependência 1.2.3- Lição de Vida 1.2.4- Avaliação do Dano Causado 1.2.5- Consideração sobre Ajuda Necessária
	1.3- SELF	1.3.1- Auto-Conceito (Como Sou) 1.3.2- Auto-Imagem (Como Estou)
	1.4- MEDICINA E PROFISSIONAIS	1.4.1- Diferença de Tratamento 1.4.2- Influência na Esperança de Vida
2. EXPECTATIVAS	2.1- SOBRE RESULTADOS	2.1.1- De ficar curado ou melhora da saúde
	2.2- FUTURO	2.2.1- Sua integração de volta à sociedade e à família 2.2.2- Como ajudar a sua família
	2.3- OCUPAÇÃO	2.3.1- Como ser útil ou atividades
3. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS	3.1- QUESTÕES DA PESSOA	3.1.1- Estilo ou costumes de vida 3.1.2- Atividade ou não de lazer ou hobby 3.1.3- Estresse e/ou depressão
	3.2- ENFRENTAMENTO INTERNO	3.2.1- Estímulo de vida 3.2.2- Sentimentos Negativos
4. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	4.1- MUDANÇAS ADAPTATIVAS	4.1.1- Quais mudanças
5. COMUNICAÇÃO	5.1- INFORMAÇÃO REQUERIDA	5.1.1- Sobre direitos
		5.1.2- Sobre situação real
6. INTERAÇÃO	6.1- COTIDIANA	6.1.1- Com a Família e Amigos
7. TRANSAÇÃO	7.1- EXPERIÊNCIA PESSOAL	7.1.1- Tomada de Decisão

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho.

Procurou-se selecionar, para esse trabalho, as informações que mais convinhassem aos objetivos propostos. Organizando os conteúdos de uma maneira geral, foram agrupados as categorias, as subcategorias e o conjunto de significados, de forma a enumerar a frequência de cada dado obtido, os quais serão mostrados no Quadro II.

Categoria 1 – Percepção

Quadro II – Percepção dos Pacientes sobre Contexto que Vivenciam

SUBCATEGORIAS	CONJUNTOS DE SIGNIFICADOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
1. SAÚDE	1.1-Consideração de Recursos Individuais	09
	1.2- Senso de bem-estar	06
TOTAL		15
2. DOENÇA	2.1- Avaliação da doença e tratamento	06
	2.2- Avaliação da dependência	02
	2.3- Lição de Vida	03
	2.4- Avaliação do dano causado	04
	2.5-Consideração sobre ajuda necessária	03
TOTAL		18
3. SELF	3.1- Auto-conceito (Como sou)	04
	3.2- Auto-imagem (Como estou)	02
TOTAL		06
4. MEDICINA E PROFISSIONAIS	4.1- Diferença de tratamento	06
	4.2- Influência na esperança de vida	02
TOTAL		08
TOTAL GERAL		47

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho.

Com relação à Categoria Percepção, na Subcategoria Saúde, Doença, *Self*, e Medicina e Profissionais, observou-se, nos Conjuntos de Significados, uma importância na consideração de recursos individuais, senso de bem-estar, avaliação da doença e tratamento e diferença de tratamento.

A Categoria Percepção mostra ainda o contexto percebido pelos pacientes. Entre alguns aspectos, que serão analisados posteriormente pelas falas dos pacientes, pode-se salientar a gama de recursos individuais deles, ou seja, buscam forças, variadas formas de luta para vencer essa batalha.

A percepção do paciente denota a representação que ele tem da realidade em que vive no seu contexto.

Observa-se, em destaque, na subcategoria Saúde, que os pacientes, através de seus recursos individuais, com uma frequência de 09, apresentam uma surpreendente força interior, para tentar “driblar” sua doença. Isto é percebido em suas falas:

“... Até aqui cheguei, mas meu desejo é ir mais longe...” (A₁ 67 D₁)

“... Não gosto, mas tenho esperança de melhorar...” (A₁ 67 D₁₀)

“... Leio romance, é uma terapia...” (A₂ 41 D₁)

Esse último paciente encontrou, dentro de si, uma maneira externa de “driblar” a sua doença.

Faz-se necessário, neste momento, lembrar as palavras de Simonton (1987), referindo-se às etapas psicológicas quando o paciente procede a um redirecionamento de sua vida; relata-se uma das etapas: *os processos físicos do corpo reagem ao sentimento de esperança e a um renovado desejo de vida.*

Outro destaque, com uma frequência de 06 dados, é o senso de bem-estar, mostrando que cada paciente tem sua própria percepção. Uma das falas de um paciente demonstra isso:

“... Meu prazer atual é estar com os filhos...” (A₂ 42 D₆)

A percepção do paciente, pode-se dizer que é simples, mas é de valor para ele no presente.

Na subcategoria Doença, sobressaiu-se a avaliação da doença e tratamento, com uma frequência de 06. Os pacientes apresentam, em suas avaliações, que os sintomas podem ser mais importantes que suas doenças, e que podem melhorar no hospital, uma vez que confiam nos médicos. Em suas falas, observou-se:

“... O que me incomoda hoje é a falta de ar...” (A₁₀ 51 D₂)

“... Estou melhorando no hospital...” (A₁₀ 51 D₇)

“... Confio no tratamento, porque os médicos são muito bons...” (A₂ 41 D₅)

Mais uma vez recorre-se a Kleinman (1985), quando o mesmo se refere à percepção do paciente, como ele se sente, funciona e aparenta, talvez seja mais importante em certas circunstâncias do que a realidade propriamente dita.

Na subcategoria Doença, sobre avaliação da dependência, com uma frequência de 02, observou-se em suas falas, suas dependências à dor e ao limite físico.

“... O que me incomoda é a dor, fico triste...” (A₂ 41 D₇)

“... O que atrapalha é o meu limite físico...” (A₈ 77 D₃)

Continuando com a subcategoria Doença, a respeito de lição de vida, com uma frequência de 03, observou-se que cada um tirou uma lição de vida de suas experiências.

“... Tenho consciência hoje que os sentimentos positivos ou negativos, em excesso é prejudicial, como me prejudicaram antes...” (A₁ 67 D₆)

“... Somente me preocupava com dinheiro e não com a família...” (A₁₀ 51 D₃)

Leshn (1992) constatou que os pacientes com câncer, freqüentemente, tiveram uma juventude marcada por sentimentos de isolamento, desespero, negligência e com relações inter-pessoais difíceis.

Outro destaque é a avaliação do dano causado, com a frequência de 04; o paciente percebeu danos em seu cotidiano, suas atividades, e em seu organismo. Nas falas observa-se:

“... Gostaria de voltar como antes...” (A₄ 20 D₈)

“... O que me incomoda hoje é a doença, é a dor ...” (A₆ 30 D₂)

“... Eu passeava, trabalhava, andava ...” (A₇ 68 D₃)

Com relação à ajuda necessária, com uma frequência de 03, observou-se a necessidade de ter alguém ao lado, para apoiá-lo.

“... Preciso da família, como esposa...” (A₁ 67 D₈)

“... Tenho solidão, por não conversar muito com as pessoas...” (A₆ 30 D₅)

A respeito da subcategoria *Self*, com relação a auto-conceito, com uma frequência boa de 04, o paciente fez sua avaliação de como era.

“... Tinha poucas férias, trabalhava muito ...” (A₁ 67 D₇)

*“... Não tirava férias, trabalhava muito e família tinha que cuidar ...”
(A₂ 41 D₄)*

É oportuno, mais uma vez, mencionar Tigges (1988), quando este afirma que a auto-estima é o componente que avalia o auto-conceito. Auto-conceito pode ser dito como sendo a percepção de quem eu sou – meu valor real ou relativo e valor na vida. (p. 832)

A respeito da auto-imagem, com uma frequência de 02, a pesquisa mostra o desânimo de alguns, vendo sua imagem limitada para tudo o que gostaria de fazer.

“... Não tenho nada que me dá prazer hoje...” (A₅ 47 D₆)

“... Tranquilo trabalhar em casa, agora não pode...” (A₃ 68 D₅)

“... Antes fazia tudo, agora é limitado...” (A₁ 67 D₃)

Com relação à diferença de tratamento, que é outro destaque, com uma frequência de 06, observa-se, em suas falas, que a diferença de tratamento se faz pelo bom relacionamento com a equipe médica e profissionais da saúde.

“... Tenho boa relação com médicos e enfermeiros...” (A₉ 49 D₅)

“... Gosto do tratamento médico ...” (A₆ 30 D₄)

“... Tratamento e atendimento é bom ...” (A₅ 47 D₅)

Novamente se recorre a Tigges (1988, p.830): Terapia Ocupacional possui profissionais leigos, ou médicos e outros profissionais da saúde, que têm noção de arte, trabalhos manuais, jogos e coisas do gênero, como também têm noção de relacionamentos, vida familiar e com tudo isso ajudam o paciente na busca de felicidade e satisfação, contribuindo para uma qualidade de vida do enfermo.

No tocante à influência na esperança de vida, com uma frequência de 02, o paciente percebeu que isso ajuda na sua esperança de vida quando pode confiar no médico e na equipe de saúde.

“... Fico na expectativa de melhorar com a ajuda do médico...” (A₁ 67 D₁₁)

“... Enfermeiros e os médicos caíram do céu...” (A₇ 68 D₅)

A Categoria Expectativa demonstra o que os pacientes esperam do contexto em que vivem. Ficou evidente a esperança do paciente em se curar ou ter pelo menos saúde para realizar as suas atividades.

Outro conjunto de significados que se pode destacar é a expectativa do paciente em querer ser útil, ou seja: trabalhar, fazer algo, não ficar alienado, como se perdesse seu valor ao estar estático, no leito.

Categoria 2 – Expectativas

Quadro III – Expectativas dos Pacientes sobre Contexto que Vivenciam

SUBCATEGORIA	CONJUNTO DE SIGNIFICADOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
1. SOBRE RESULTADOS	1.1- De ficar curado ou sua saúde	04
2. FUTURO	2.1- Sua reintegração à sociedade e à família	02
	2.2- Como ajudar a sua família	02
3. SOBRE OCUPAÇÃO	3.1- Como ser útil ou trabalhar	04
TOTAL GERAL		12

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho.

Verifica-se, no Quadro III, que se destacou, no conjunto de significados, o resultado de ficar curado ou sua saúde e como ser útil ou trabalhar.

Sobre Resultados, no conjunto de significados ficar curado ou sua saúde, com uma freqüência de 04, observa-se, pelas falas dos pacientes, a expectativa deles em se curar ou ter saúde para viver bem com suas atividades anteriores.

“... Espero no futuro me curar.” (A₆ 30 D₁)

“... Meu sonho é melhorar as pernas e coluna para voltar a caminhar.” (A₇ 68 D₁).

Não se pode, aqui, deixar de falar em Gimenes (1997), quando esse autor diz que o enfrentamento da doença, como uma resposta psicossocial da pessoa, leva a um nível satisfatório de qualidade de vida.

Com relação a ser útil ou trabalhar, verifica-se que os pacientes precisam fazer algo para se sentirem úteis, valorizados.

“... Quero ser alguém na vida.” (A₆ 30 D₇)

“... Quero ter o valor de vida que tinha, eu trabalhava, passeava, andava.” (A₇ 30 D₈)

Fundamentando essas falas, recorre-se outra vez a Tigges (1988, p.830): “[...] não ser capaz de continuar a vida como uma pessoa capaz, produtiva, valorizada e respeitada pode e causa uma imensa deterioração na percepção e realização na qualidade de vida e, desta forma, na sua auto-estima”.

Na subcategoria Futuro, a respeito de sua reintegração na sociedade e na família, observa-se uma frequência de 02.

Verifica-se, pelas respostas dos pacientes, que eles querem voltar à sociedade e à família, de forma a serem participativos e prestativos de alguma maneira.

“... No futuro quero ajudar pessoas, quem precisa de ajuda.” (A₉ 49 D₁)

“... Quero visitar os familiares e ajudar financeiramente.” (A₈ 77 D₁)

Sobre como ajudar a sua família, com uma frequência de 02, observa-se a expectativa deles em ficar curados, para ajudar suas famílias.

“... Acabar a casa, melhorar de vida, somos pobres.” (A₃ 68 D₁).

“... Quero fazer uma casa para ajudar a família.” (A₁₀ 51 D₁)

Sobre a Categoria Aspectos Psicossociais, destaca-se: estresse e depressão e estímulo de vida. As atividades do dia-a-dia ou trabalho e problemas familiares são fatores de estresse ou depressão detectados entre os pacientes.

Quanto a estímulo de vida, o paciente encara a doença de frente, buscando uma referência interna ou externa, para acreditar em sua recuperação.

Categoria 3 – Aspectos Psicossociais

Quadro IV – Aspectos Psicossociais

SUBCATEGORIAS	CONJUNTO DE SIGNIFICADOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
1. QUESTÕES DA PESSOA	1.1- Hábitos e Costumes de Vida	02
	1.2- Atividade de Lazer e Hobby	02
	1.3- Estresse e/ou Depressão	05
	TOTAL	09
2. ENFRENTAMENTO INTERNO	2.1- Estímulo de Vida	04
	2.2- Sentimentos Negativos ou Personalidade	02
	Difícil	06
TOTAL GERAL		15

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho.

Quanto a esta categoria, destaca-se, primeiramente, no conjunto de significados, estresse e depressão e, em segundo, estímulo de vida, que podem ser constatados no Quadro IV, a seguir:

Começando pelo maior destaque, verifica-se que estresse e/ou depressão são comuns, com uma freqüência de 05.

Observa-se, pelas falas dos pacientes, que os problemas, atividades e perdas do dia-a-dia podem gerar estresse e/ou depressão.

“... É estressante o trabalho, porque sempre tem que estar ali.” (A₅ 47 D₃).

“... Ganhava pouco, por isso era estressante.” (A₄ 20 D₃)

“... O passado para mim foi duro, perdi minha irmã e marido”. (A₃ 68 D₂)

Para Moreira (1994, p. 149), “o aparecimento do câncer, bem como sua evolução, são afetados pelas variáveis psicossociais”. Continuando, Moreira observa que os estados afetivos, particularmente a depressão, têm sido uma ativa área de estudo. Afirma, também, o autor, que um grande estudo epidemiológico de 2.200 empregados da Westan Eletric demonstrou que os sintomas depressivos observados pelo *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) estavam associados a riscos duas vezes mais altos de câncer nos primeiros 10 anos de pesquisa.

Com relação ao segundo destaque, estímulo de vida, com uma frequência de 04, observa-se que os pacientes, de uma maneira ou de outra, buscam algo que gera estímulo interior, para acreditar em sua recuperação. Fé e família geraram estímulo interior, mas o médico e profissionais da saúde podem colaborar de alguma forma para gerar estímulos de vida.

“... Meu problema é a doença, mas tenho fé de melhorar.” (A₁ 67 D₄).

“... Minha família vem me visitar.” (A₃ 68 D₃)

“... Quero ir ao casamento.” (A₈ 77 D₆)

Neste momento, ressalta-se os ensinamentos de Spiegel et al. (1989), os quais acompanharam um grupo de pacientes com câncer metastático de tórax, recebendo tratamento psicossocial durante um ano, que consistia em psicoterapia de apoio semanal e treinamento, em auto-hipnose, para controle da dor. Observaram que, ao final de um ano, apresentaram menos distúrbio de

humor, menos respostas fóbicas, muito menos queixas de dor e também maior longevidade nestas amostras estudadas.

Observa-se, nesta última fala, que o paciente, em querer ir ao casamento, usa essa pretensão como estímulo para lutar pela vida.

A respeito de hábitos e costumes de vida, com uma frequência de 02, pelas falas, verifica-se que o hábito ou costumes deles é algo que eles encontram para relaxar ou espairecer.

“... Quando nervosa, gosto de fumar.” (A₂ 41 D₉)

“... Tomava chimarrão para relaxar e levava o trabalho para casa.” (A₁ 67 D₁₄)

Sobre atividade de lazer e hobby, com uma frequência de 02, verifica-se que 8 entrevistados negam qualquer atividade de lazer e hobby, enfatizando a idéia da falta de uma atividade em que as pessoas possam relaxar e reciclar.

“... Gosto de crochê, pintura em tecido.” (A₂ 41 D₂)

Com relação a sentimentos negativos ou personalidade difícil, com uma frequência de 02, observa-se a dificuldade deles em compartilhar sua vida com alguém, seja em situações positivas ou negativas, mesmo em quem poderiam confiar, fazendo parte desse sentimento, uma personalidade difícil.

“... Não tenho nada para desabafar.” (A₃ 47 D₄)

“... Não desabafo muito.” (A₈ 77 D₄)

A título de lembrança, Nascimento-Schulze (1997, p.196) afirma que “[...] alguns estudos identificaram fatores de risco psicossocial para o surgimento do câncer, entre os quais: estresse, traços de personalidade e hábitos pessoais”.

Com relação à Categoria Crescimento e Desenvolvimento, colheu-se dados a favor de mudanças adaptativas do paciente, em virtude de sua doença, tanto em nível interno como externo.

Categoria 4 – Crescimento e Desenvolvimento

Quadro V – Crescimento e Desenvolvimento

SUBCATEGORIA	CONJUNTO DE SIGNIFICADOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
1. MUDANÇAS ADAPTATIVAS	1.1- Quais Mudanças	04
TOTAL GERAL		04

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho.

No Quadro V, na subcategoria mudanças adaptativas, sobre quais mudanças, com uma freqüência de 04, observa-se, pelas falas dos pacientes, que suas mudanças, a nível interno e externo, advêm de suas doenças, que os fazem se adaptar a uma nova situação. Ressalta-se que inclusive a fé se adquire na nova situação.

“... É positivo, hoje gosto de refletir sobre minha vida.” (A₁₀ 51 D₄)

“... Antes comia muito, agora não dá mais.” (A₃ 68 D₉)

“... Não agora, mas tenho fé de melhorar.” (A₁ 67 D₆)

Conforme Simonton (1987), a pessoa estabelece uma nova relação com o mundo.

A respeito da Categoria Comunicação, os dados colhidos mostraram ser favoráveis a direitos e situação real, isto é, o paciente acredita ter direito a um hospital quando precisa dele. E, no conjunto de significados, sobre a situação real, o paciente somente confia em sua família.

Categoria 5 – Comunicação

Quadro VI – Comunicação

SUBCATEGORIA	CONJUNTO DE SIGNIFICADOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
1. INFORMAÇÃO REQUERIDA	1.1- Sobre Direitos	01
	1.2- Sobre Situação Real	01
TOTAL GERAL		02

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho.

Verifica-se, pelo Quadro VI, na subcategoria Informação Requerida, a respeito de direitos, com uma freqüência de 01, pela fala do paciente, a idéia formada de ter o direito à sua disposição, o hospital, quando precisar.

“... Liguei para o hospital, para estar antes, e cheguei no outro dia.” (A₅ 47 D₇).

Mais uma vez King (1981, p. 143) se faz presente ao afirmar que “Os indivíduos têm o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado à saúde”.

Sobre situação real, da subcategoria Informação Requerida, com uma frequência de 01, observa-se, pela fala do paciente, o que é real para ele no momento. É poder desabafar com a família situações boas e ruins.

“... Confio para conversar mais com a família.” (A₃ 68 D₈)

Sobre a Categoria Interação, os dados demonstram que nem todos têm uma boa relação familiar.

Categoria 6 – Interação

Quadro VII – Interação

SUBCATEGORIA	CONJUNTO DE SIGNIFICADOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
1. COTIDIANA	1.1- Dificil com a Família e Amigos	02
TOTAL GERAL		02

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho.

No Quadro VII, com relação ao conjunto de significados, difícil com a família e amigos, com uma frequência de 02, verifica-se que, da amostra de 10 pacientes selecionados para o trabalho, 02 pacientes têm dificuldade no relacionamento familiar.

“... Não tenho relacionamento familiar, devido à separação.” (A₆ 30 D₃)

“... Tenho pouco relacionamento com a família.” (A₄ 20 D₂)

A Interação foi retratada por King (1981, p.60) “[...] como um processo de percepção e comunicação entre dois ou mais indivíduos e representa comportamentos verbais e não verbais que são atingidos para a transação ou o alcance de objetivos”.

Quanto à Categoria Transação, sobre a experiência pessoal na tomada de decisão, observou-se, dos dados colhidos, que eles têm decisão de estar em paz, procurando levar uma vida feliz, mesmo tendo uma doença grave.

Categoria 7 – Transação

Quadro VIII – Transação

SUBCATEGORIA	CONJUNTO DE SIGNIFICADOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
1. EXPERIÊNCIA PESSOAL	1.1- Tomada de Decisão	02
TOTAL GERAL		02

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho.

No Quadro VIII, sobre tomada de decisão, com uma freqüência de 02, verifica-se, pelas suas falas, que os pacientes têm uma decisão formada sobre sua vida e sua saúde.

“... Levar como tá, levando e tá bom.” (A₅ 47 D₁)

“... Meu prazer hoje é fazer doce de natal, e não queria, mas voltei para o hospital.” (A₃ 68 D₆).

A definição de King (1981, p.132), para a tomada de decisão, se faz oportuna neste momento: “[...] é um processo dinâmico, contínuo e sistemático, pelo qual indivíduos ou grupos, dentre alternativas, fazem e praticam uma escolha para responder a uma questão e alcançar um objetivo”.

4. CONCLUSÃO

Através das entrevistas, investigando e sistematizando as expectativas, as necessidades e os valores do paciente oncológico, no CEPON, e, em consonância com os conceitos de King e Tigges, apresentados neste trabalho, bem como com os demais autores, comentados no capítulo Literatura, concluiu-se que é necessário o médico estar predisposto a conhecer cada paciente e a trabalhar de acordo com a diferença que cada um apresenta.

Essas diferenças são os estágios emocionais, comentados por Kubler – Ross (1970), em virtude das mudanças de vida ocasionadas pelo câncer, como negação, ira, barganha, depressão, aceitação, não necessariamente nesta ordem.

Esses estágios emocionais ficaram evidentes durante a pesquisa, que são etapas psicológicas que cada um apresentou, mesmo que de forma sutil.

Os mais otimistas demonstraram sentimentos de aceitação, aceitando sua doença ou sintomas, estando mais inclinados no sentido de acreditar em sua melhora, fato que foi observado nas falas como uma força interior para lutar pela cura, a qual vinha de um estímulo familiar, através de amigos, pela fé e pelo bom relacionamento médico e equipe de saúde.

Já os pessimistas apresentaram sentimentos de negação, de ira, de estresse e de depressão, demonstrando, em suas falas, que sentiam isso quando não tinham alguém para conversar, quando “enxergavam” sua vida sem atividades, trabalho e lazer, motivo que os fazia se sentir inúteis, contribuindo a isso o fato de verem sua vida limitada também pelo limite físico e confinamento ao leito. Perdas de um ente querido, problemas e estresse no trabalho e falta de oportunidade, pelo próprio confinamento, em apoiar seus familiares contribuíram também para esse sentimento de pessimismo.

Estando disposto a conhecer cada paciente, o tratamento adotado pelo médico passa a ser individualizado. Com essa individualização, o médico, que trata o paciente oncológico, tem que ser capaz de distinguir o seu estágio, e a saber interagir com o paciente, de formas diferentes, fazendo-o participar do processo saúde-doença. Essa interação, paciente/processo saúde-doença, deve-se se dar de acordo com seu estágio, isto é, se o paciente está emocionalmente bem, tendo esperança de cura, o médico pode direcioná-lo a participar desse processo, de forma a nutrir sua boa condição psicológica, ajudando-o com mais esperanças, assim como a preservar as suas esperanças já existentes.

Se por outro lado, o paciente não está emocionalmente bem, perdendo ou sem esperança de vida, o médico poderá fazê-lo participar do processo saúde-doença de uma outra maneira, ou seja, cuidando da forma como se comunica com o paciente, pois ele, estando sem esperanças e abalado emocionalmente, poderá piorar o seu lado emocional, perdendo definitivamente suas esperanças.

Os autores apresentados neste trabalho, como por exemplo Silva (1994), defendem que o paciente tem que interagir com o processo saúde-doença, pois a importância dessa interação do paciente com sua doença permite com que ele compreenda o que está acontecendo, podendo gerar, assim, esperança de vida ou curar-se. E é neste ponto da interação que a medicina humanizada age, tendo o *feeling* para diferenciar as interações, que, como já dito, de acordo com o estágio emocional no qual o paciente se encontra, faz com que ele participe do processo saúde-doença, podendo gerar esperança de vida tanto no paciente otimista como no pessimista. Observou-se esta interação nas falas das entrevistas, quando os pacientes relataram suas esperanças de melhora devido ao bom relacionamento com o médico, entendendo suas preocupações e sabendo ouvi-lo.

No CEPON, foi constatado o bom relacionamento do médico com o paciente, fato comentado nas entrevistas pelos próprios pacientes. Portanto, é a

partir deste ponto, sobre o conhecimento de suas necessidades, expectativas, valores e estágio emocional, é que o médico inicia a diferenciação no tratamento humanizado e na qualidade de vida para oferecer a este paciente.

Atingiu-se o objetivo proposto a partir da compreensão e da análise de todas as falas e dados do paciente, juntamente com a Literatura, pois pôde-se facilmente ter uma noção e visão real do todo do paciente, que é o ponto de partida para a qualidade de vida e humanização do tratamento oncológico.

King e Tigges, referências principais deste trabalho, contribuíram no sentido de fornecerem a este autor noções de como entender e interpretar corretamente as informações do paciente, como conhecer o que é qualidade de vida e humanização no tratamento do paciente oncológico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MOREIRA, S.R. *Jornal Brasileiro de Medicina (JBM)*. Rio de Janeiro, 1994.
2. VANZIN, A.S.; NERY, M.H.S. *Câncer: problema de saúde pública e saúde ocupacional*. Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1997.
3. TIGGES, K.N. *Oxford text book of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1988.
4. SILVA, M. A. Dias da. *Quem ama não adoece*. São Paulo, Best Seller, 1994, 376p.
5. STEFANELLI, M.C. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente-referencial teórico (Parte II). *Revista Esc. Enfermagem – USP*, São Paulo, v. 21, n. 2, Agosto, 1987, p. 107-115.
6. OLIVEIRA, M.A.P. Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte. *Revista Esc. Enfermagem-USP*, v. 26, n. 3, p.365-378. Dezembro, 1992.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde – Programa Tabaco ou Saúde. *Falando sobre câncer e seus fatores de risco*.1998
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Instituto Nacional do Câncer – Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). *Falando sobre câncer e seus fatores de risco*. 2ª ed. Rio de Janeiro: MS/Inca, 1997.

9. RODRIGUES, J. Estapé. *Câncer: diagnóstico de extensão estratégia terapêutica*. 5ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1982.
10. LEITE, M.P.C. *Câncer, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Art Plus – Artes Gráficas Editora, 1996.
11. WOOD, Marie E. *Segredos em hematologia/oncologia: respostas necessárias do dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Instituto Nacional do Câncer – Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer – PRO ONCO. Rio de Janeiro, 1995.
13. MARCELINO, S.M.R. *Cuidando do paciente com câncer avançado em casa – acompanhamento pelo telefone*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Projetos Assistenciais – Espensul, Repensul, UFSC. Florianópolis, 1997.
14. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. *Cuidados paliativos: guias para o manejo clínico*. Washington, D.C.: OPS, 1988.
15. BARON, M.G. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con câncer*. Madri-Espanha, Ed. Médica Panamericana, 1996.
16. CARVALHO, M.M.M. et al. *Introdução à psicooncologia*. São Paulo: Editorial Psy II, 1994.
17. MC MILLAN, S.C. et al. *A study of quality of life of hospice patients on admission at 3 week*. Cancer nur sing. New York, U.1, n. 17, p. 52-60, 1994.

18. NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. *Dimensões da dor no câncer – reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde*. São Paulo: Robe, 1997.
19. KLEINMAN, A. (1985). *Culture the quality of life and cancer pain: anthropological and cross – cultural perspectives*. In: Assessment of quality of life and cancer treatment excerptamédica (1986), Elsevidier Org. Ufntafridda et al.
20. RAMIREZ, A.J. et al. *Stress and relapse of breast cancer*. Br.Med.J, 298:291-293, 1989.
21. SPIEGEL, P.; BLOOM, J.R. et al. *Effects of spychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*. Lancet, 2:888-891, 1989.
22. LE SHAN, L. *O câncer como ponto de mutação*. São Paulo: Summus, 1992.
23. SIMONTON, C. O. *Com a vida de novo*. São Paulo: Summus, 1987.
24. LOPES, A. NUNES, L. *Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados – ética*. Nursing. Portugal, n. 90/91, ano julho/agosto 95.
25. KUBLER-ROSS, E. *On death and dying*. Tavistock. London, 1970.
26. GIMENES, M.G.G. *A mulher e o câncer*. Campinas-SP: Editorial Psy, 1997.
27. SILVA, J. *Expectativas, necessidades e valores: referência para a assistência humanizada ao cliente oncológico*. Monografia apresentada ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre, 1999.

28. MENDES, Isabel Amélia et al. Definições teórica e operacional, do conceito de comunicação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.8, n.2, p. 204-219, julho, 1987.
29. MORIYA, T. M. Teoria da informação: uma alternativa metodológica para o estudo da interação verbal enfermeiro-paciente diabético. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 14, n.2, p. 102-107, julho, 1993.
30. KING, Imogene M. *A Theory for nursing: Systems, Concepts, Process*. New York: Joyhn Wiley & Sons, 1981.
31. RADUNZ, Vera. *Cuidando e se cuidando: fortalecendo o "self" do cliente oncológico*. UFSC. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, 1994.

6. RESUMO

Neste trabalho, seguindo o modelo conceitual de M. Imogene King e Kent Nelson Tigges, procura-se identificar valores positivos e negativos do paciente oncológico, como referências para sua qualidade de vida. De acordo com os autores, estas referências devem ser trabalhadas sobre dois objetivos: investigação e sistematização das expectativas, necessidades e valores do paciente oncológico, em relação à sua vida e sua doença, e, também, a reflexão sobre aspectos de humanização no atendimento. Propõe-se, como referência, a sustentação e a análise dos dados, utilizando-se os conceitos da teoria de consecução de metas ao alcance de objetivos e a terapia ocupacional. A partir desses conceitos e relatos dos pacientes oncológicos, os registros, conseguidos como resultado de entrevistas realizadas de forma individual com cada paciente, num total de 14 participantes, foram organizados em categorias, subcategorias e conjunto de significados. As percepções do paciente oncológico foram valorizadas, pois referenciavam-se a temas de sua vida, saúde-doença e equipe de saúde. O ponto referente à humanização da medicina é avaliado a partir da capacitação técnico-científica do profissional e da habilidade nos contatos interpessoais. O conhecimento das expectativas, percepções, valores do paciente e a capacitação técnico-científica são apontados como instrumentos indispensáveis para o prolongamento da expectativa e qualidade de vida do paciente oncológico.

7. SUMMARY

This work tries to identify positive and negative values of the oncological patient, as references for their quality of life, following the conceptual model of M. Imogene King and Kent Nelson Tigges. According to the authors these references must be worked at two aims: investigation and systematization of the expectations, needs and values of the oncological patient in relation to his life and his disease and also at the consideration about aspects of humanization in the act of attending. It is proposed – as reference – the keeping and analysis of the data, making use of the concepts of the theory of getting goals within the reach of the aims and the occupational therapy. From these concepts and reports of the oncological patients on, the registration was organized in a system of grouping: category, sub-category and group of meanings. These registration was managed as a result of individual interviews with each patient in a total number of fourteen people. The perception of the oncological patients was valued because it had to be with matters of their own life, health – sickness and their team of health care. The humanization of medicine is evaluated starting from the technical-scientific capacity of the professional and from the ability in the interpersonal contacts. The knowledge of the expectation, perception, the values of the patient and the technical-scientific capacity are shown as the essential instruments to extend the expectation and quality of life of the oncological patient.

8. ANEXO

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

LOCAL: CEPON

ENTREVISTADOS: 14 PACIENTES

I – IDENTIFICAÇÃO:

Nome (Código):

Idade:

Profissão:

Procedência:

Diagnóstico Médico:

Gênero:

II – INFORMANTE:

Colheu-se dados do próprio paciente, familiares, amigos, enfermeiros e médico que acompanhavam o paciente.

III – ENTREVISTA COM OS PACIENTES ONCOLÓGICOS:

QUESTIONÁRIO:

1. Quais são os seus sonhos e objetivos em relação ao futuro?
2. O que faria para conseguir êxito nesses sonhos e objetivos?
3. Existe algo que o incomodou no passado?
4. Existe algo que o incomoda hoje na sua vida?
5. Você se relaciona bem com sua família?
6. Você confia em algum amigo?
7. Você tem algum hobby?

19. Você gosta do seu trabalho?
19. Você tem férias ?
10. Você compartilha as coisas com seu companheiro?
11. Você acha seu trabalho estressante?
12. Com quem você desabafa ou dialoga quando precisa?
13. Você tem boa relação com seu médico e enfermeiro?
14. O que lhe proporciona prazer e satisfação hoje?
15. Você confia em seu tratamento?
16. Você tem dor ou incômodo com sua doença e tratamento?
17. Como você se sente hoje com esse problema?
18. Você se acostumou a ficar no hospital?
19. Sobre a sua saúde, o que você diria de positivo e de negativo?

**TCC
UFSC
SP
0024**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0024

Autor: Furtado, Eduardo S

Título: Referência para qualidade de vid



972809091

Ac. 254102

Ex.1 UFSC BSCCSM